

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА**

Дипломная работа студента

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Гашпора Егора Кузьмича

Научный руководитель
преподаватель Дегальцева Г.А.

Рецензент
Главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница»
Киреева Т.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ	8
1.1. Основные требования к помещению процедурного кабинета, его устройству и оборудованию, требования к микроклимату, чистоте воздуха и освещенности кабинета	8
1.2. Медицинская сестра процедурного кабинета	10
1.3. Требования безопасности перед началом работы	14
1.4. Требования безопасности во время работы	14
1.5. Требования безопасности в аварийных ситуациях	17
1.6. Требования безопасности по окончании работ	18
1.7. Аварийная ситуация с риском заражения гемоконтактными инфекциями: действия при аварии	19
1.8. Стандартная операционная процедура (СОП)	22
ГЛАВА 2 . ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	24
2.1. Мнение персонала (количественные и качественные характеристики, связанные со сложившейся системой медицинского менеджмента в лечебном учреждении	24
2.2. Выводы по результатам исследования	311
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	333
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	344
ПРИЛОЖЕНИЯ	366

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы заключается в том, что процедурный кабинет – территория высоких рисков для пациентов и медицинских работников. Поэтому его деятельность строго регламентируется. Некоторые требования основаны на нормативных и правовых документах, другие – не утверждены официально, но их соблюдение общепринято.

Медицинские сестры процедурных кабинетов – это элита сестринского персонала. Многие из них стремятся иметь на рабочих местах подборки нормативных, методических и информационных материалов, регулирующих их работу.

В настоящее время «средний медицинский работник должен овладеть знаниями в области философии и теории сестринского дела, педагогики, психологии. Знать современные требования санитарно-противоэпидемиологического режима лечебно профилактического учреждения, уметь выполнять сестринские манипуляции в точном соответствии с требованиями к стандартизации сестринских манипуляций».

К стандартам профессиональной деятельности относятся:

- «стандарты манипуляций, они должны содержать цели, показания. Противопоказания, оснащение, обязательные условия выполнения манипуляций, описание этапов: подготовку, выполнение, завершение манипуляции»;
- «стандарт оказания скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе
- это перечень современных, последовательных мероприятий, применяемых в типичной клинической ситуации».

Содержание деятельности медицинских сестер определяется администрацией лечебно-профилактического учреждения на основании тарифно-квалификационной характеристики среднего медицинского

работника с учетом особенностей работы того или иного лечебного учреждения.

Необходимо постоянно помнить, что медицинский работник несет ответственность за свою работу и не должен выполнять распоряжений, приводящих к нарушению санэпидрежима, стандартов профессиональной деятельности, принципов этики и морали медицинского работника.

Для оказания высококвалифицированной сестринской помощи важно, чтобы медицинская сестра была способна логически обосновывать свои действия относительно меняющихся стандартов, по которым можно было бы оценивать сестринскую практику.

Оценкой качества работы медицинской сестры является достижение наилучших возможных результатов у пациентов, которым оказывается медицинская помощь.

Медицинские работники стремятся обеспечить высококвалифицированное обслуживание пациентов, а это является одной из важнейших задач сестринского дела в России. При определении задач и содержания сестринской деятельности по улучшению качества ухода за пациентами эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендуют ориентироваться на следующие пункты.

1. «Выполнение профессиональных функций по стандарту:

- своевременное выполнение врачебных назначений;
- своевременность и четкость оказаний сестринской помощи;
- организация работ по утвержденным в установленном порядке медико-технологическим протоколам сестринских манипуляций».

2. «Снижение риска для пациента в результате сестринской помощи:

- выполнение требований санитарно-эпидемического надзора;
- осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровью пациентов».

3. «Высокая оценка сестринской помощи пациентами:

- соблюдение требований Этического кодекса медицинской сестры;
- качественная медицинская помощь, гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав, уважение человеческого достоинства, право пациента на информацию и участие в лечении, право пациента соглашаться на медицинское вмешательство или отказаться от него;
- организация обучения, консультирование пациентов и членов их семей».

Эти критерии помогут оценить качество работы медицинской сестры на каждом рабочем месте.

В настоящее время обязательной частью системы менеджмента качества в любой медицинской организации являются стандартные операционные процедуры. Основная цель такой системы – сделать лечение пациентов эффективным и безопасным. Если у персонала нет четких инструкций, он чаще допускает профессиональные ошибки. Как следствие, возрастает угроза жизни и здоровью пациентов. Например, в медицинской организации нет утвержденной главным врачом инструкции, как подготовить лекарственный препарат к инфузионному введению. Каждая сменная медицинская сестра может взять в качестве растворителя любой инфузионный раствор, в любой последовательности ввести в него лекарственный препарат, установить любую скорость введения раствора пациенту и т. д. Возможные последствия такой практики: возникает химическая или физическая несовместимость препаратов, развивается пирогеноподобная реакция, выпадает осадок и т. д. В отсутствие СОПов персонал допускает ошибки также на этапах получения и хранения лекарств. Работники несвоевременно размещают препараты в местах хранения и не устанавливают в таких местах приборы регистрации параметров воздуха, не соблюдают температурный режим, не контролируют условия перевозки лекарств.

Стандарты различного уровня устанавливают критерии и индикаторы, обеспечивающие качество медицинской помощи, отвечая на вопрос – что нужно делать правильно.

«Стандартные операционные процедуры (СОПы) – это документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или, иными словами, формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи. Об актуальности и важности разработки СОПов как важнейшего элемента управления качеством медицинской помощи говорится давно – еще в решении коллегий Минздрава, Госстандарта России и Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования от 3 декабря 1997 г. «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении»».

Цель исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры процедурного кабинета, определить уровень удовлетворенности персонала в лечебном учреждении по трем ключевым критериям: уровень обеспечения безопасности, уровень лояльности, уровень эффективности работы.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. по данным литературы, изучить основные требования к помещению процедурного кабинета, его устройству и оборудованию, требования к микроклимату, чистоте воздуха и освещенности кабинета;
2. изучить должностные обязанности медицинской сестры процедурного кабинета;
3. изучить требования безопасности общие, перед началом работы, во время работы и по окончании работы, требования безопасности в аварийных ситуациях;
4. провести собственное исследование по теме работы;
5. проанализировать результаты анкетирования;
6. сделать выводы по результатам исследования.

Объект исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры процедурного кабинета, мнение персонала (количественные и качественные характеристики, связанные со сложившейся системой медицинского менеджмента в лечебном учреждении).

Методы исследования. В работе применялись теоретические методы: анализ литературных источников информации по теме исследования, обобщение, сравнение, конкретизация и систематизация информации.

В практической части исследования были применены эмпирические методы – наблюдение, анкетирование.

Новизна работы заключается в том, что впервые такое исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». Теоретическая значимость выпускной квалификационной работы определяется тем, что процедурный кабинет – территория высоких рисков для пациентов и медицинских работников и работа медицинской сестры процедурного кабинета должна быть строго регламентирована и требует четких инструкций.

Практическая значимость работы заключается в том, что материал может быть использован студентами медицинских колледжей при подготовке к практическим занятиям по исследуемой теме, а также практикующими медицинскими сестрами в своей повседневной работе.

ГЛАВА 1. ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

1.1. Основные требования к помещению процедурного кабинета, его устройству и оборудованию, требования к микроклимату, чистоте воздуха и освещенности кабинета

Требования к помещению процедурного кабинета, его устройству и оборудованию в основном изложены в разделе 1 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

«Они включают:

- требования к площади кабинета: площадь процедурной должна быть не менее 12 кв. м;

Приложение 1 к СанПиН 2.1.3.2630-10

Минимальные площади помещений

№п/п	Наименования помещений	Площадь (м2)
34	Процедурная для внутривенных вливаний, забора венозной крови, внутримышечных, внутрикожных инъекций, экстракорпоральной гемокоррекции, прививочный кабинет, процедурная врача-косметолога с парентеральными вмешательствами	12

- требования к поверхностям помещений: должна быть гладкой, без дефектов, легко доступной для влажной уборки и устойчивой к обработке моющими дезинфицирующими средствами.

- в лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях, кроме административных, должна использоваться медицинская мебель. Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих и

дезинфицирующих средств. Поверхность сидений (стулья, скамьи, банкетки) для пациентов и персонала должна быть изготовлена из материалов с низкой теплопроводностью;

- требования к отделочным материалам: в помещениях классов чистоты А и Б покрытия стен на всю высоту помещений и потолка должны быть гладкими, влагостойкими, устойчивыми к применению моющих и дезинфицирующих средств (процедурные кабинеты относятся группе Б);

- требования к раковинам, их оборудованию и отделке поверхностей около раковин: в процедурных должны быть установлены умывальники с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим некистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков. В кабинетах, где проводится обработка инструментов, следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку);

- требования к вентиляции кабинета: в ЛПО общей площадью не более 500 кв. м в помещениях классов Б и В (кроме рентгенокабинетов, кабинетов компьютерной и магнитно-резонансной томографии) допускается естественное проветривание, Рабочие места в помещениях, где проводятся работы, сопровождающиеся выделением вредных химических веществ (работа с цитостатиками, психотропными веществами, метилметакрилата и, фенолами и формальдегидами, органическими растворителями, анилиновыми красителями и другими), должны быть оборудованы местными вытяжными устройствами.

СанПиН 2.1.3. 2630-10 «Общие требования к организациям, занимающимся медицинской деятельностью» устанавливают требования к микроклимату процедурных кабинетов. Выполнение этих требований должно контролироваться 1 раз в 6 месяцев в рамках производственного контроля. Температура воздуха в процедурных в холодное время года должна

находиться в пределах 18-23 град. С, в теплое время года - 21-25 град. Скорость движения воздуха в палатах и лечебно-диагностических кабинетах может колебаться от 0,1 до 0,2 м/сек. Относительная влажность не должна превышать 60%».

1.2. Медицинская сестра процедурного кабинета

В должностные обязанности медицинской сестры процедурного кабинета входит:

- «- выполнение назначенных лечащим врачом процедур, разрешенных к выполнению средним медицинским персоналом;
- помощь при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач;
- взятие крови из вены для исследования и отправка ее в лабораторию;
- обеспечение учета и хранения лекарств групп А и Б в специальных шкафах;
- обеспечение соблюдения правил асептики и антисептики в процедурном кабинете при проведении процедур;
- организация стерилизации инструментария и материала;
- составление требований на получение инструментария, оборудования, медикаментов и перевязочного материала и получение их в установленном порядке;
- ведение учетно - отчетной документации;
- контроль санитарно-гигиеническое содержания процедурного кабинета;
- осуществление сбора и утилизации медицинских отходов;
- осуществление мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов.

Медицинская сестра процедурной должна знать : законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере

здравоохранения; теоретические основы сестринского дела; основы лечебно-диагностического процесса; правила эксплуатации медицинского инструментария и оборудования ; правила сбора , хранения и удаление отходов лечебно – профилактических учреждений; основы функционирования бюджетно-страховой медицины и добровольного медицинского страхования; основы валеологии и санологии; основы медицины катастроф; правила ведения учетно - отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации; медицинскую этику; психологию профессионального общения; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности».

«Медицинские сестры процедурного кабинета проходят предварительные (при поступлении на работу) и периодические (один раз в год) медицинские осмотры. Они должны быть осмотрены специалистами: дерматологом, отоларингологом, гинекологом, терапевтом; пройти лабораторные и функциональные исследования (крупнокадровая флюорография, общий анализ крови, общий анализ мочи). При приеме на работу в обязательном порядке проходят однократное исследование на инфекции (гонорея, сифилис, трихомоноз, гепатит В и С)».

«При отсутствии подтверждения о прививках (или перенесенном заболевании) медицинской сестре проводятся прививки (против гепатита В, дифтерии по показаниям – против краснухи и кори). Ревакцинация против дифтерии осуществляется один раз в 10 лет».

Допуск к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами осуществляется после обследования в психиатрическом и наркологическом диспансерах по месту регистрации.

При поступлении на работу медицинская сестра процедурного кабинета проходит вводный и первичный противопожарный инструктаж.

С каждым вновь принятым на работу проводят первичный инструктаж по безопасности труда на рабочем месте у руководителя подразделения.

Повторный инструктаж осуществляется один раз в 6 месяцев.

Медицинская сестра процедурного кабинета по роду деятельности выполняет дезинфекционные работы, а потому обязана иметь профессиональную подготовку и быть аттестованной по дезинфекционному делу.

Медицинская сестра должна соблюдать правила внутреннего распорядка ЛПУ, режима труда и отдыха.

Во время работы на медицинскую сестру процедурного кабинета могут воздействовать следующие опасные и вредные производственные факторы:

- повышенная физическая нагрузка, работа в ночную смену;
- опасность заражения возбудителями инфекционных болезней;
- механические повреждения острыми и режущими предметами;
- действие химических веществ (аллергическое, раздражающее, токсическое, тератогенное);
- контакт с источником электрического тока (или другой контакт), который может привести к электро-травме;
- ультрафиолетовое облучение от бактерицидной лампы и др.;

«Медицинская сестра процедурного кабинета должна работать в медицинском халате (костюме), шапочке, сменной обуви. Во время проведения медицинских манипуляций она обязана использовать маску, медицинские перчатки, а при угрозе разбрызгивания крови (или другой биологической жидкости) – непромокаемый фартук и очки (экран). В манипуляциях высокого риска инфицирования гемоконтактными инфекциями – пользоваться двойными перчатками. При угрозе риска заражения высокопатогенным гриппом, туберкулезом и другими тяжелыми инфекциями, передающимися по воздуху, вместо маски применять респиратор».

«Медицинская сестра должна быть обеспечена комплектами спецодежды в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами, а также средствами индивидуальной защиты.

Хранение спецодежды осуществляют отдельно с личной одеждой, в индивидуальных двухсекционных шкафчиках, установленных вне процедурного кабинета».

«Администрация обязана обеспечить обеззараживание спецодежды и ее стирку и не допускать стирку спецодежды медицинскими работниками в домашних условиях».

«Медицинская сестра процедурного кабинета после каждой манипуляции обязана мыть руки с моющим средством (мылом, гелем) или обрабатывать их антисептиком. Она должна быть обеспечена в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов».

Для высушивания рук следует применять тканевые либо бумажные полотенца или салфетки одноразового использования.

При наличии на руках неинфицированных микротравм, царапин, ссадин необходимо заклеить поврежденные места лейкопластырем.

Должна быть предусмотрена возможность принять душ после смены или при аварийных ситуациях.

«Категорически запрещается на рабочем месте принимать пищу, курить, хранить продукты. В лечебно-профилактическом учреждении должно быть оборудовано место для принятия пищи, переодевания, отдыха медицинских сестер. Не допускается хранить в карманах медицинского халата посторонние вещи (кольца, закладки и т.п.)».

Медицинская сестра процедурной должна владеть приемами первой помощи при биологических авариях, травмах, ожогах, отравлениях, аллергических реакциях и т.п., знать место расположения аварийной аптечки (АнтиСПИД).

1.3. Требования безопасности перед началом работы

Ногти медицинской сестры должны быть коротко острижены, без лака и накладных пластинок. «Непосредственно перед началом работы необходимо снять украшения – кольца и браслеты. При наличии гнойных ран, фурункулов и т.п. на коже рук – к работе приступать запрещается. Перед началом работы:

- следует надеть повседневную спецодежду (халат, шапочку, тапочки);
- выполнить требования безопасности в отношении бактерицидного облучателя: в случае обнаружения в кабинете характерного запаха озона открыть окна и немедленно выйти до исчезновения запаха.
- подготовить рабочее место: проверить наличие в кабинете необходимого оборудования, в том числе спецодежды, перчаток, масок, а также мыла, кожного антисептика, одноразовых салфеток; проверить наличие рабочих растворов для дезинфекции в соответствующих маркированных емкостях, шприцев, игл, другого инструментария; продезинфицировать рабочие поверхности столов».

Полученные для работы наркотические средства и психотропные вещества, а также ядовитые лекарственные средства медицинская сестра процедурного кабинета должна поместить в сейф, проверить срок годности у приготовленных для работы медикаментов. Перекладывание и переливание медикаментов в тару процедурного кабинета, переклеивание этикеток запрещается.

1.4. Требования безопасности во время работы

1. «Каждого пациента (его биосреду) следует рассматривать как потенциально инфицированного (инфицированную), предпринимая универсальные меры безопасности.

2. При работе с пациентами все манипуляции с риском загрязнения рук кровью и другими биологическими жидкостями выполнять в медицинских перчатках, манипуляции высокого риска (венепункция, переливание крови и т.п.) – в перчатках повышенной прочности. При угрозе разбрызгивания крови обязательно надевать маски, защитные очки (щитки), непромокаемые фартуки.

3. Применять безопасные методы снятия перчаток. После снятия перчаток руки подвергнуть антисептической обработке в соответствии с принятой технологией. Перчатки, снятые единой рукой, повторно не надеваются. Использованные перчатки утилизируются.

4. Особая осторожность соблюдается при работе с режущими и колющими предметами (иглы, скальпели, ножницы, стеклянные предметы). Следует принимать все меры предосторожности при вскрытии бутылок, флаконов, пробирок с кровью.

5. После использования шприца с него удаляется игла при помощи бесконтактных методик. Категорически запрещается надевать колпачок на использованную иглу. Снятая со шприца использованная игла помещается в не прокалываемый контейнер.

6. Категорически запрещается измельчать ножницами использованные инфузионные системы.

7. При децентрализованной системе утилизации отходов использованные изделия медицинского назначения сразу после окончания манипуляции или процедуры необходимо погружать в дезинфицирующий раствор. После дезинфекции изделий медицинского назначения их разборку, мытье, ополаскивание необходимо проводить в резиновых перчатках.

8. Поверхности рабочих столов в конце рабочего дня (а в случае загрязнения кровью – немедленно) обрабатываются дезинфицирующими средствами в соответствии с установленной методикой.

9. Медицинская сестра процедурного кабинета должна соблюдать меры предосторожности при работе с дезинфицирующими средствами, использовать средства индивидуальной защиты, указанные в инструкции по применению.

10. Хранить дезинфекционные средства необходимо в таре (упаковке) поставщика, снабженной этикеткой в специально отведенных местах.

11. Образцы крови (сыворотки) должны доставляться в лабораторию в герметично закрытых пробирках.

12. Для доставки в лабораторию образцы крови должны быть установлены в контейнеры с закрывающимися крышками, изготовленными из материала, который не портится при дезинфекции.

13. В процедурном кабинете запрещается:

- работать неисправными инструментами, применять неисправное оборудование;
- находиться при включенных неэкранированных бактерицидных лампах;
- хранить и применять препараты в поврежденной таре, без этикеток, просроченные лекарственные средства;
- оставлять без присмотра работающее электрооборудование;
- работать без установленной санитарно - гигиенической одежды и других индивидуальных средств защиты;
- хранить пищевые продукты в холодильнике для лекарственных средств;
- хранить личные предметы, одежду на рабочем месте;
- пользоваться косметикой, курить, принимать пищу на рабочем месте».

1.5. Требования безопасности в аварийных ситуациях

1. Все рабочие места должны быть обеспечены дезинфицирующим раствором и аптечкой, в которую входят 70% спирт, йод, перевязочный материал.

2. При возникновении аварийной ситуации, опасных заражением гемоконтактными инфекциями, необходимо провести комплекс профилактических мероприятий:

- обработать зону поражения:
- при повреждении кожи (порез, укол) из ранки выдавить кровь, кожу обработать 70% спиртом, затем йодом; при загрязнении неповрежденных рук кровью и другими биологическими жидкостями – удалить загрязнения тампоном или салфеткой, смоченной антисептиком, вымыть руки мылом и водой, высушить руки полотенцем однократного использования, обработать антисептиком;
- при попадании крови (другой биологической жидкости) на слизистые глаз, носа, рта их следует обильно промыть водой;
- при попадании крови (другой биологической жидкости) на одежду немедленно снять ее. Кожу участков тела под загрязненной одеждой протереть 70% спиртом, а одежду замочить в дезинфицирующем растворе или сложить в специальный мешок для отходов класса Б или в бикс для автоклавирования. Обувь двукратно протереть ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором;
- принять решение о необходимости экстренной профилактики и провести ее;
- забрать образцы на гемоконтактные инфекции у пострадавшего и потенциального источника заражения;
- зарегистрировать аварию.

3. При аварийных ситуациях, связанных с проливом крови, все участники немедленно приступают к ликвидации аварии.

Загрязненная одежда снимается и замачивается в растворе дезинфицирующего препарата, обладающего вирулицидным действием, в специальной промаркированной емкости (или складывается в мешок для отходов класса Б). Для проведения уборки надеваются соответствующая защитная одежда и перчатки. Все загрязненные или подозрительные на

загрязнение кровью поверхности пола и предметов обстановки обрабатываются раствором дезинфектанта, обладающего вирулицидным действием в отношении гепатитов В и С и ВИЧ. Разбитая стеклянная (полимерная) посуда также заливается дезинфицирующим раствором, после чего осколки убираются с помощью веника и совка, а поверхности очищаются с помощью моющих средств. Использованная при этом ветошь замачивается в дезинфицирующем растворе, уборочный инвентарь дезинфицируется.

По окончании уборки включается бактерицидный облучатель.

4. При обнаружении во время работы неисправностей применяемого оборудования, инструмента, при которых, согласно требованиям инструкций заводов – изготовителей, запрещается их эксплуатация, медицинские сестры процедурной обязаны прекратить работу, отключить оборудование и доложить об этом старшей сестре (руководителю) отделения.

При пожарах необходимо действовать в соответствии с Инструкцией по пожарной безопасности.

1.6. Требования безопасности по окончании работ

Медицинские сестры процедурного кабинета по завершению работы:

- утилизируют медицинские отходы класса Б, которые образуются в процедурном кабинете;
- проводят все манипуляции, связанные со сбором и обеззараживанием отходов, опасных в эпидемиологическом отношении, только в марлевой или другой маске и медицинских перчатках. Запрещается производить предварительную сортировку, пересыпать необеззараженные отходы классов Б и В из одной емкости в другую, утрамбовывать их руками. Использованные инструменты (ножницы, пинцет) подвергаются дезинфекции.

- снимают халат, шапочку, маску и отправляют в стирку; защитные очки (щитки), фартуки подвергаются дезинфекции;
- убирают средства индивидуальной защиты и обувь в индивидуальный шкаф.

Текущая уборка по окончании работ проводится младшим медицинским персоналом под контролем процедурной сестры.

1.7. Аварийная ситуация с риском заражения гемоконтактными инфекциями: действия при аварии

1. При повреждении кожи (порез, укол) из раны выдавить кровь, кожу обработать 70% спиртом, затем йодом.

2. При загрязнении неповрежденных рук кровью и другими биологическими жидкостями следует:

- удалить загрязнения тампоном или салфеткой, смоченной антисептиком;
- вымыть руки мылом и водой;
- высушить руки полотенцем однократного использования ;

3. «При попадании крови (другой биологической жидкости) на одежду немедленно снять ее. Кожу участков тела под загрязненной одеждой протереть 70% спиртом».

Одежду замочить в дезинфицированном растворе или сложить в специальный мешок для отходов класса Б или бикс для автоклавирования. Обувь двукратно протереть ветошью, смоченной дезинфицирующими раствором.

4. В случае эпидемиологически- значимого контакта с материалом, контаминированным вирусом гепатита В или при подозрении на такой контакт (через кожу; уколы: иглами, порезы, травмирование нестерильными медицинскими инструментами и т.д.; через слизистые оболочки; попадание биологических жидкостей на конъюнктиву глаз, слизистые носа или рта) в

кратчайшие сроки следует решить вопрос о проведении экстренной профилактики гепатита В. Экстренная профилактика проводится специфическим иммуноглобулином по экстренной схеме: 0-1-2 мес; с ревакцинацией через 12 мес.

Необходимость проведения экстренной профилактики определяется следующим образом:

- во-первых, работники, перенесшие гепатит В, в экстренной профилактике не нуждаются;
- во-вторых, профилактика обязательна для тех, кто не болел гепатитом и не вакцинировался против гепатита В;
- если же медицинский работник ранее был вакцинирован против гепатита В, тактика экстренной специфической профилактики в отношении него определяется индивидуально и зависит от уровня напряженности его иммунитета, поэтому привитый медицинский работник должен знать свой иммунный статус по гепатиту В, при высоком иммунитете против гепатита В экстренная профилактика не проводится, при низком-проводится по полной схеме;
- если работник привит по полной схеме, но у него полностью отсутствует иммунитет, экстренная профилактика проводится иммуноглобулином, без вакцинации.

Пострадавшие, подвергшиеся риску инфицирования, должны наблюдаться не менее 6 мес.

5 Медицинским работникам, подвергшимся риску парентерального заражения ВИЧ-инфекцией, проводится экстренная химиопрофилактика 1-2-3 антиретровирусными препаратами (в зависимости от степени риска) в течение первых часов после травмы (возможного инфицирования) и медицинское наблюдение с исследованием крови на антитела к ВИЧ через 3,6 и 12 мес.

Медицинскому работнику должен быть доступен запас антиретровирусных препаратов в ночное время и в выходные дни.

6. Необходимо провести обследование потенциального источника и самого пострадавшего на ВИЧ- инфекцию и гепатиты.

7. Все случаи, связанные с риском заражения гепатитом и ВИЧ, регистрировать в журнале учета травм медицинских работников, доложить руководству. Обязательно составление Акта о несчастном случае на производстве и проведение соответствующего расследования.

Если опасные работы осуществляются с использованными шприцами, риск заражения возрастает. Наибольшую опасность представляют уколы использованными иглами при опасном манипулировании с ними:

- при ручном снятии использованной иглы со шприца;
- - надевании колпачка на иглу после инъекции;
- хождении по кабинету или коридору с использованным шприцем в руках;
- надавливании руками на иглу во время погружении в емкость с дезинфекционным раствором;
- утрамбовывании переполненных емкостей для хранения и транспортировки шприцев, использовании мягких контейнеров с прокалываемыми стенками;
- пересыпании шприцев из одной емкости в другую;

Риск заражения зависит от качества обеззараживания шприцев и игл перед началом манипуляций с ними.

Если выбран дезинфектант, не обладающий вирулицидным действием, или не соблюден режим работы с ним, риск заражения возрастает.

Риск заражения зависит от надежности специальной одежды и средств индивидуальной защиты и качества обработки рук после окончания работы с использованными шприцами.

Риск заражения возрастает при работе без перчаток. При угрозе разбрызгивания инъекционного материала обязательна защита лица (глаза, нос, рот). Риск заражения возрастает, если медицинская сестра не владеет

методикой безопасного снятия перчаток и не обрабатывает рук антисептиком с вирулицидным эффектом после снятия перчаток.

Риск заражения гепатитом В зависит от напряженности специфического иммунитета.

Риск заражения велик у непривитых, не имеющих специфического иммунитета.

1.8. Стандартная операционная процедура (СОП)

В настоящее время одним из элементов управления качеством медицинской помощи являются документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур, или, иными словами, формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи - стандартные операционные процедуры (СОПы).

Разработка СОПов особенно актуальна на уровне медицинских организаций. Обусловлено это, прежде всего, необходимостью рационального выбора и применения адекватных (современных, безопасных и экономически приемлемых) медицинских технологий в условиях ограниченных ресурсов. СОПы нужны и для проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи пациентам, планирования мероприятий по его совершенствованию, а также для защиты прав пациента и медицинских работников при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Стандартная операционная процедура (СОП) - это документ, содержащий поэтапные инструкции, которым должен неукоснительно следовать персонал медицинской организации при выполнении той или иной процедуры, описывает как выполнить процедуру с помощью пошаговых инструкций.

Задокументированные СОП обеспечивают:

-согласованность — выполнение процедур сотрудниками совершенно одинаково;

- правильность выполнения процедур, в ходе которых не пропускается ни одного шага;
- качество, включающее надежные и правильные результаты.

Хорошая стандартная операционная процедура:

1. Дает детальные, ясные и краткие инструкции по выполнению процедур.
2. Легко понятна новым сотрудникам.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1. Мнение персонала (количественные и качественные характеристики, связанные со сложившейся системой медицинского менеджмента в лечебном учреждении)

Исследовательская часть работы направлена на анализ общей удовлетворенности процедурных медицинских сестер лечебного учреждения по трем ключевым критериям: уровень обеспечения безопасности, уровень лояльности, уровень эффективности работы. Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». В проведенном исследовании участвовали 33 человека – медицинские сестры процедурных кабинетов отделений лечебного учреждения.

По результатам анкетирования были установлены следующие данные, характеризующие персонал Медицинского учреждения. Все медицинские сестры процедурных кабинетов отделений лечебного учреждения женского пола (Рис.1).

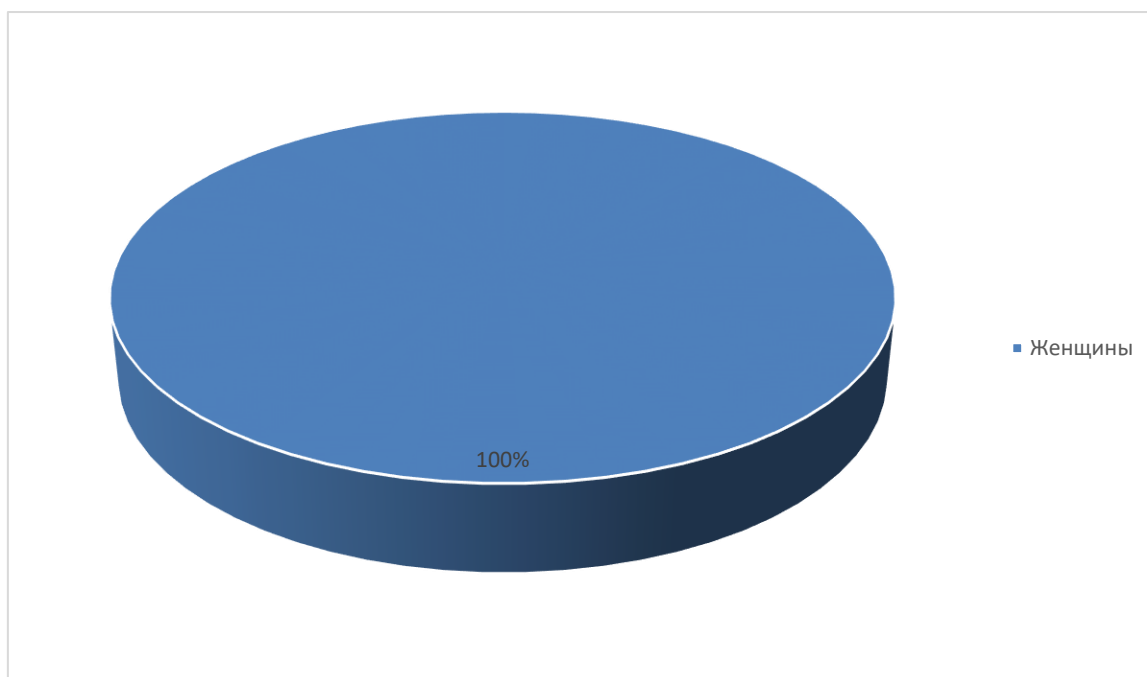


Рис.1. Распределение респондентов по полу

Возрастной состав респондентов представлен в таблице 1.

Возрастной состав респондентов

Таблица 1

Возраст	Количество, человек
До 30 лет	5
31-40 лет	10
41-50 лет	8
51-60 лет	8
Более 60 лет	2

На диаграмме возраст персонала выглядит следующим образом (рис.2).

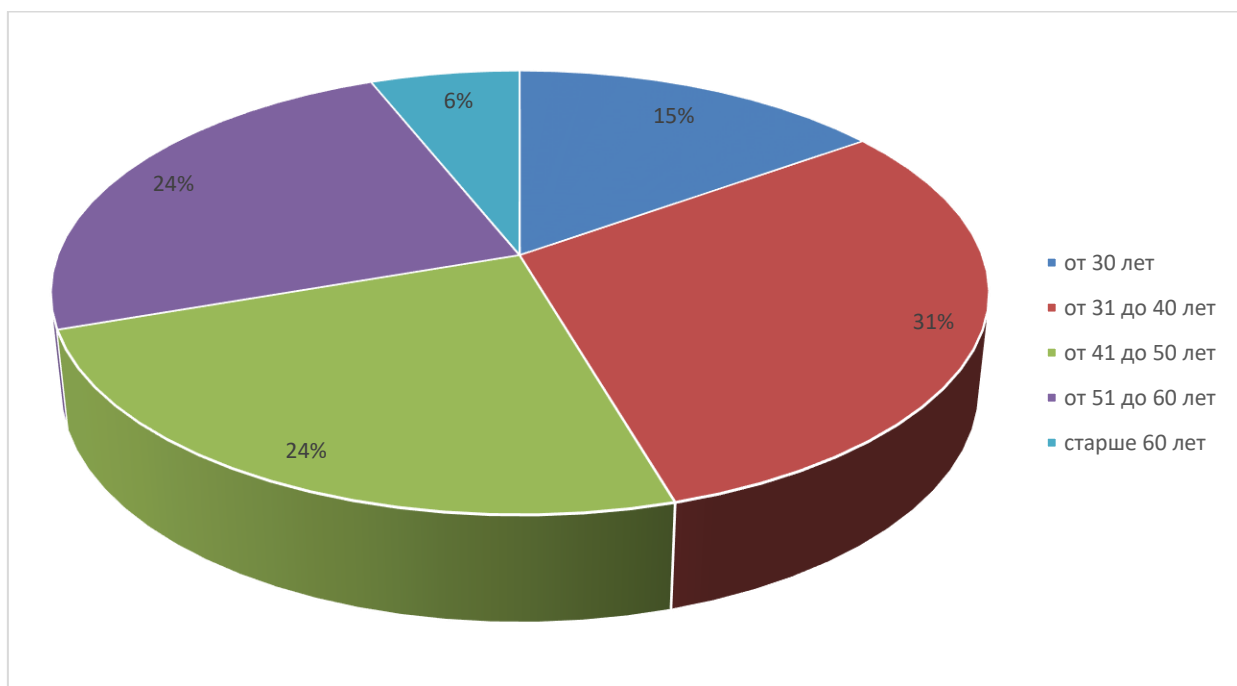


Рис.2. Распределение респондентов по возрасту

По стажу работы исследуемые медицинские сестры распределились следующим образом (рис.3).

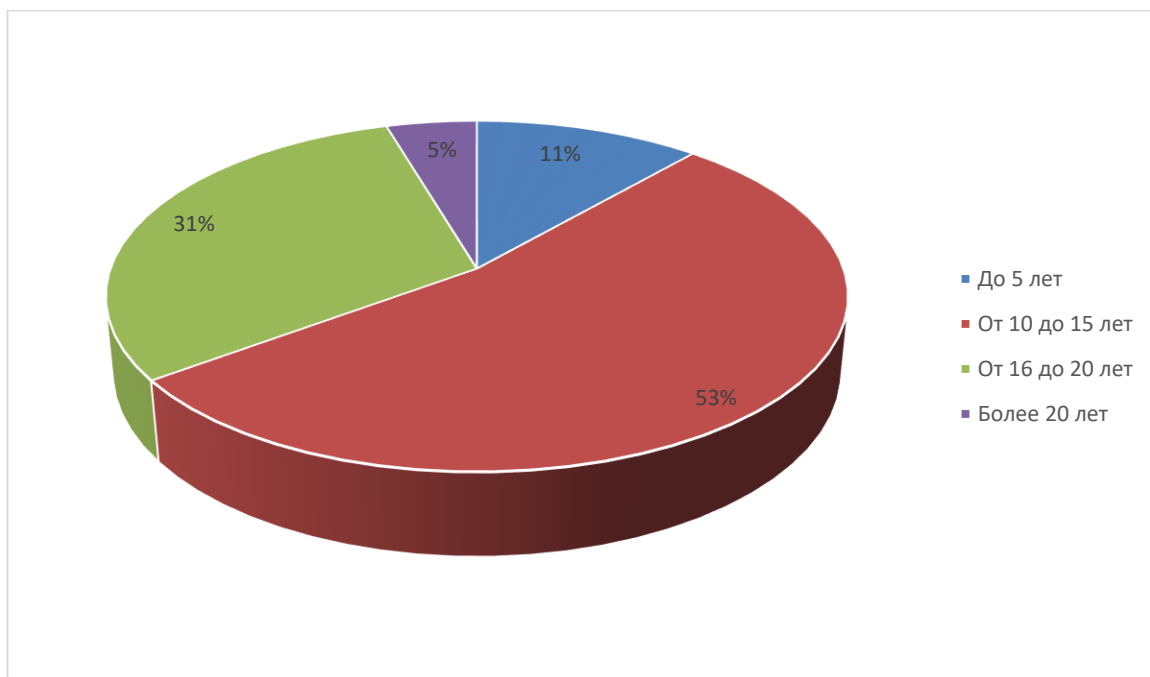


Рис. 3. Распределение респондентов по стажу работы

Все респонденты имеют квалификационные категории: высшую -20 человек, первую-10, вторую-3 человека (Рис.4).

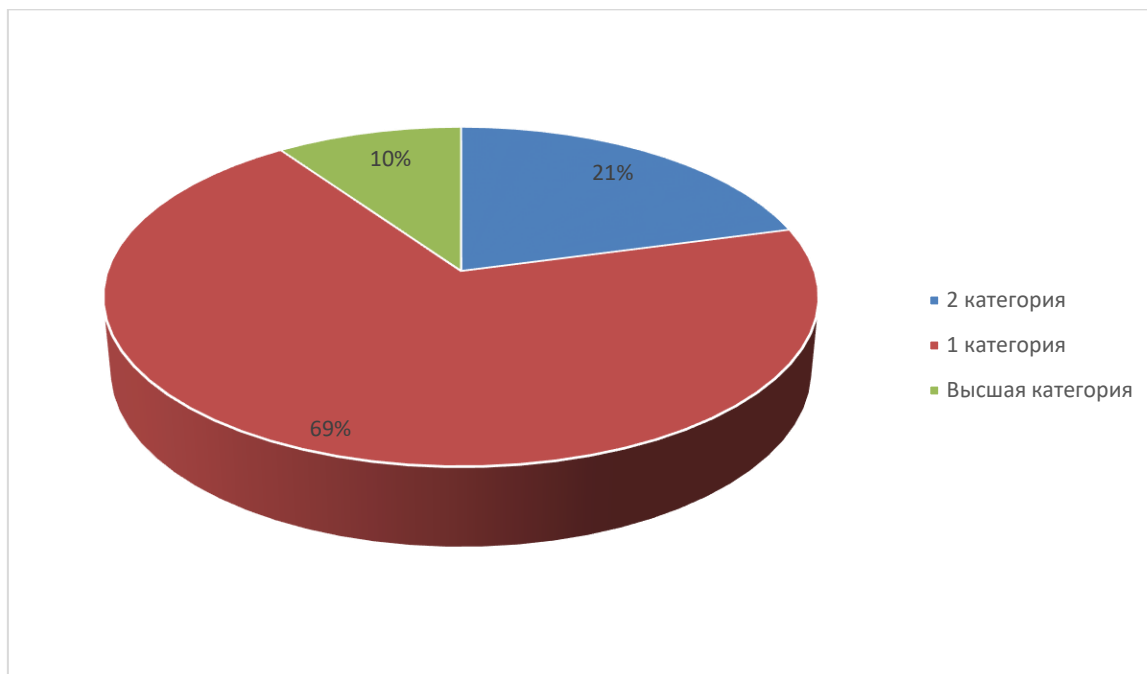


Рис. 4. Распределение респондентов по наличию квалификационной категории

Сотрудники лечебного учреждения начали свою профессиональную деятельность в данном учреждении практически сразу после получения медицинского образования, что называется «после вручения диплома». Это место работы является фактически единственным местом работы в жизни большинства людей в коллективе лечебного учреждения. Этот факт оказывает огромное влияние на уровень удовлетворенности персонала в положительную сторону, что отражают анкетные данные. Условия, в которых происходит взаимодействие медицинских работников влияют на успешность их совместной деятельности, на удовлетворенность процессом и результатами труда. Это могут быть и санитарно-гигиенические условия, в которых работают сотрудники: температурный режим, влажность, освещенность, просторность помещения, наличие удобного рабочего места и т.д. Огромное значение имеет и характер взаимоотношений в коллективе, доминирующее в ней настроение. Для обозначения психологического состояния в коллективе можно использовать такие понятия как «социально-психологический климат», «психологическая атмосфера», «социальная атмосфера», «климат организации», «микроклимат» и др.

По своему происхождению эти понятия являются во многом метафоричными. Можно провести аналогию с природно-климатическими условиями, в которых живет и развивается растение. В одном климате оно может расцвести, в другом - зачахнуть. То же самое можно сказать и о социально-психологическом климате: в одних условиях медицинские работники функционируют оптимально и ее члены получают возможность максимально полно реализовать свой потенциал, в других - люди чувствуют себя некомфортно, стремятся покинуть учреждение, их личностный рост замедляется.

На вопрос об удовлетворенности респондентов психологическим климатом в лечебном учреждении ответы распределились следующим образом (Рис. 5).

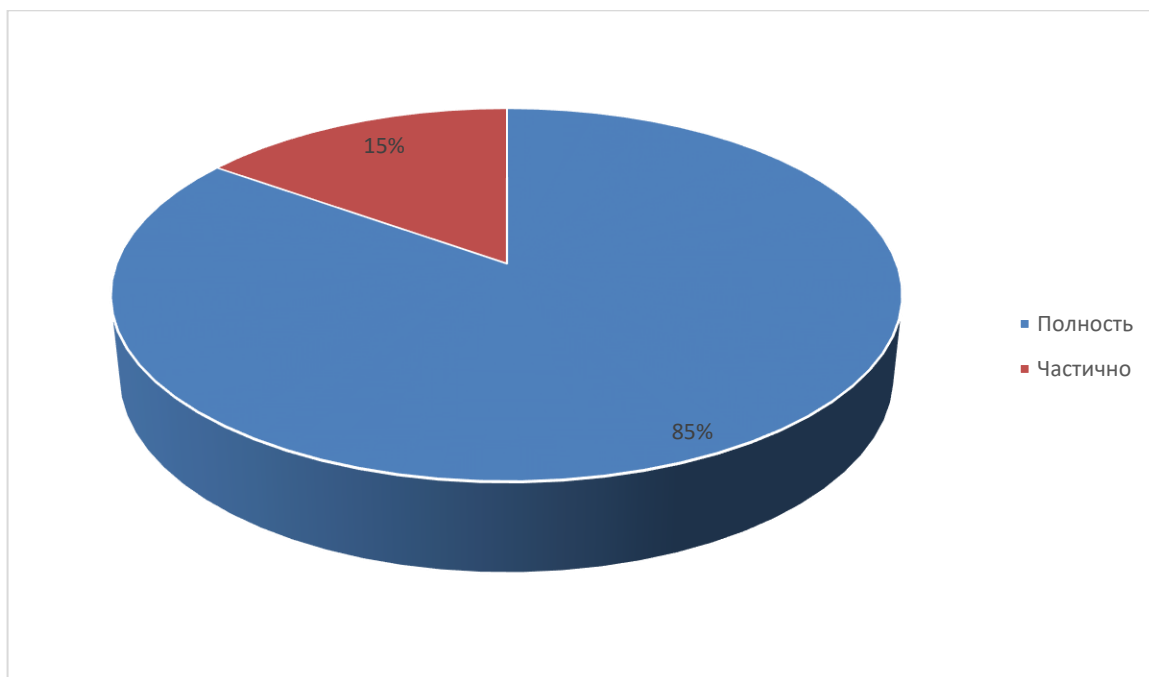


Рис. 5. Распределение респондентов по степени удовлетворенности микроклиматом в лечебном учреждении

Далее вопросы касались уровня обеспечения безопасности. Удовлетворены обеспечением одноразовым инструментарием - 100% респондентов (Рис.6.).

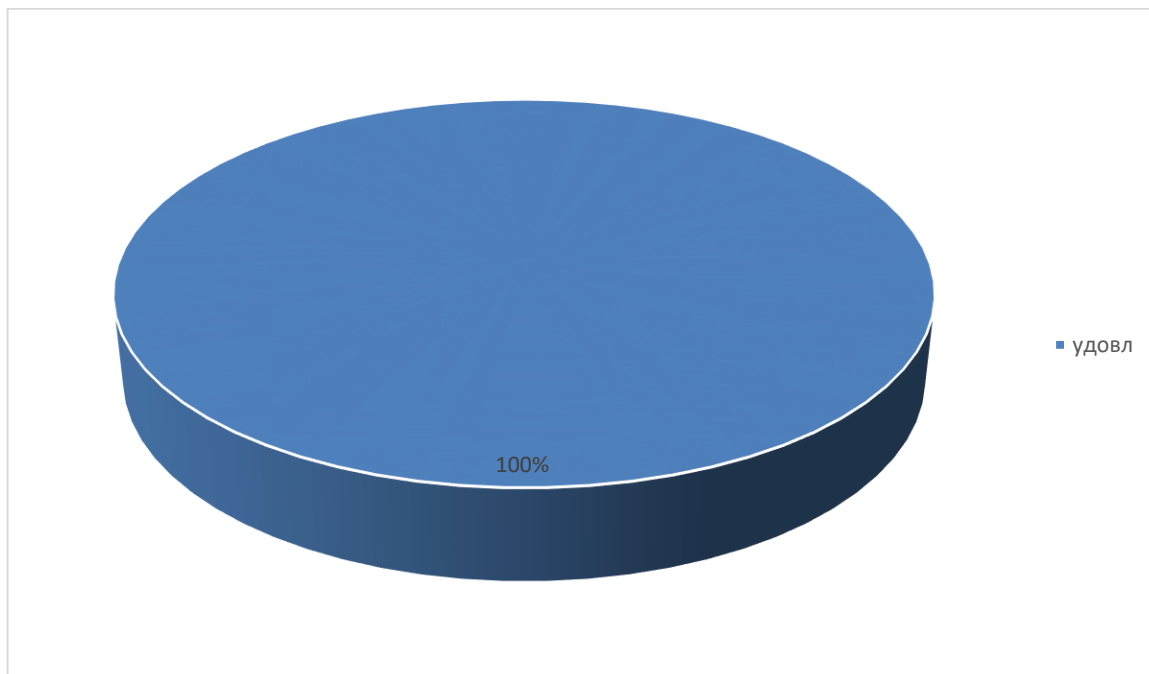


Рис.6. Удовлетворенность уровнем обеспечения одноразовым инструментарием

Удовлетворены обеспечением одноразовыми расходными материалами - 100% респондентов (Рис.7).

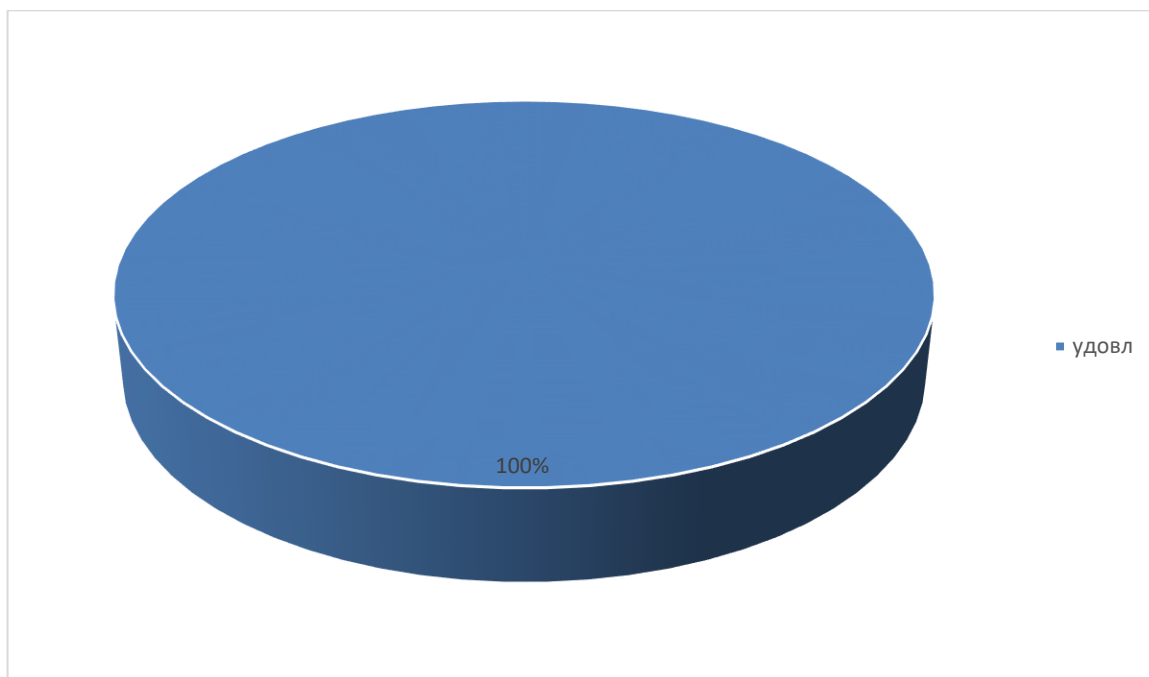


Рис.7. Удовлетворенность уровнем обеспечения одноразовыми расходными материалами

Удовлетворены обеспечением дезинфектантами нового поколения -100% респондентов (Рис.8).

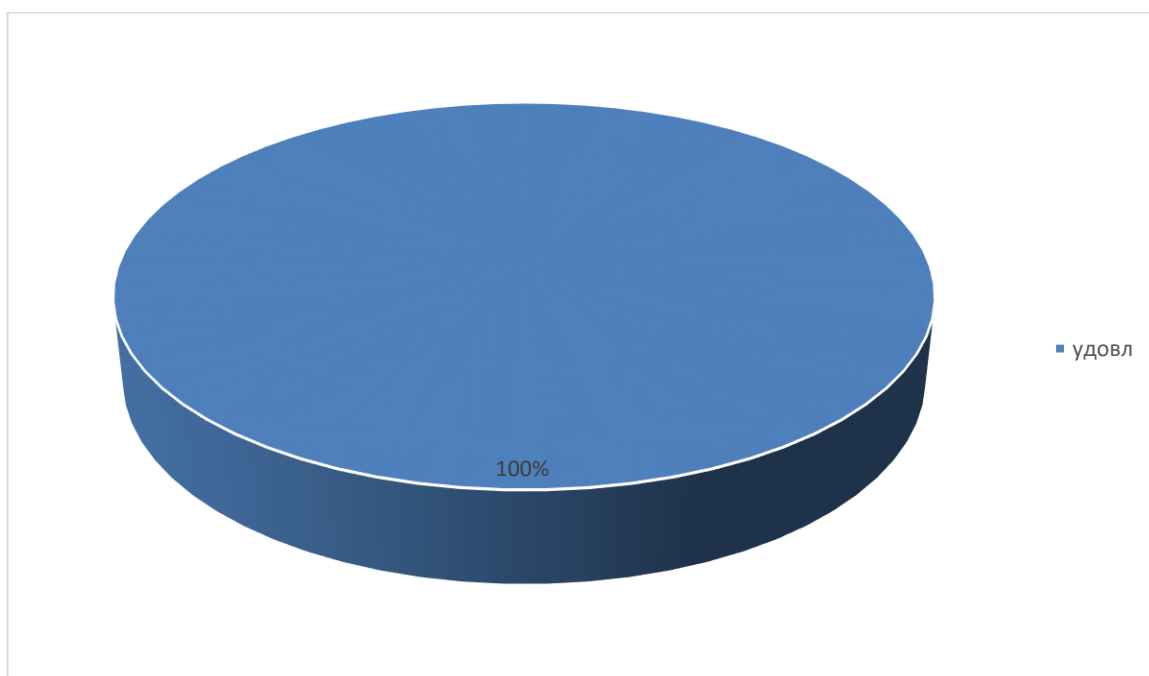


Рис.8. Удовлетворенность уровнем обеспечения дезинфектантами нового поколения

Удовлетворены средствами индивидуальной защиты -100% респондентов
(Рис.9).

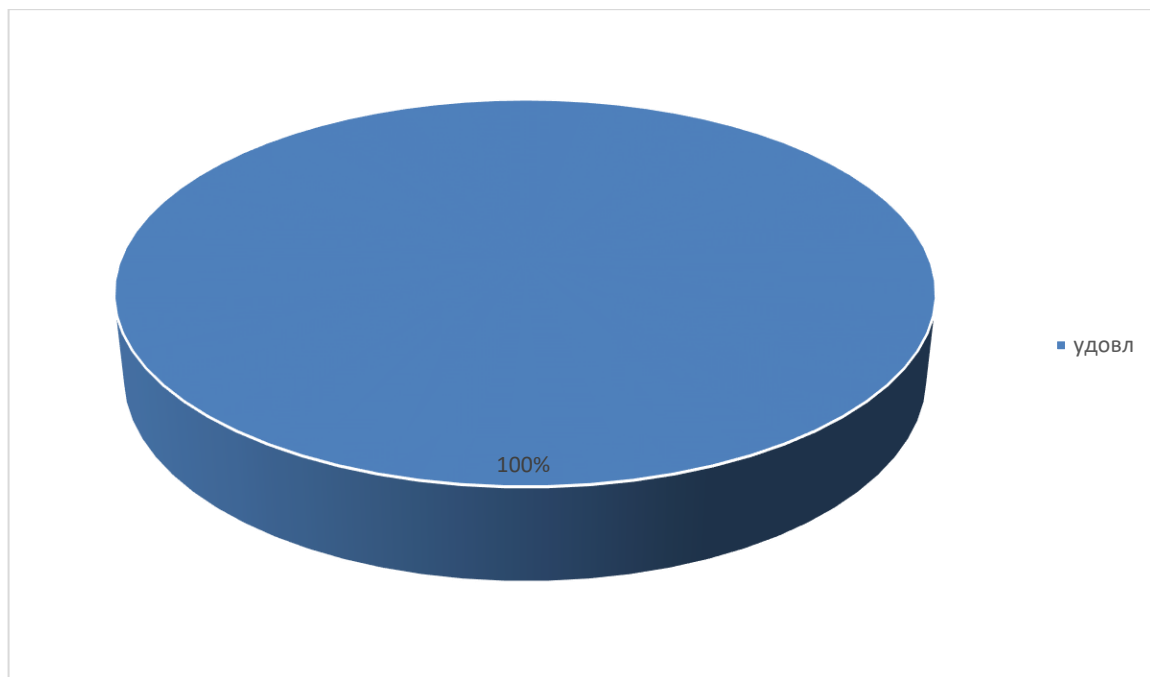


Рис. 9. Удовлетворенность респондентов уровнем обеспечения средствами индивидуальной защиты

Сегодня во всех отраслях экономики и, конечно же, в здравоохранении работают технологии совершенствования процессов управления, как неременное условие эффективности конечного результата диагностики и лечения пациента.

В лечебных учреждениях широко внедряются стандартные операционные процедуры (СОПы). Это документы, содержащие поэтапные инструкции, которым должен неукоснительно следовать персонал медицинской организации при выполнении той или иной процедуры. СОП описывает как выполнить процедуру с помощью пошаговых инструкций. Задокументированные СОП обеспечивают:

- согласованность, потому что все сотрудники должны выполнять процедуры совершенно одинаково;
- правильность, потому что не пропускается ни одного шага в процессе;
- качество, обеспечивающее надежные и правильные результаты.

Учитывая актуальность внедрения СОПов в работу лечебных учреждений, было решено изучить отношение медицинских сестер процедурных кабинетов лечебного учреждения к нормативным документам, в частности СОП «Гигиеническая обработка рук» (Приложение 2), результаты можно представить следующим образом (Рис.10).



Рис. 10. Отношение респондентов к СОП

Таким образом, в результате проведенного исследования, можно сделать следующие выводы.

2.2. Выводы по результатам исследования

Благоприятный психологический климат каждым сотрудником переживается как состояние удовлетворенности отношениями с коллегами по работе, руководителями, своей работой, ее процессом и результатами. Это повышает настроение специалиста, его творческий потенциал, положительно влияет на желание работать в данной организации, применять свои творческие и физические силы на пользу окружающим людям.

Очевидно, что существует положительная связь между степенью лояльности и стажем работы в организации: чем дольше сотрудник работает в ней, тем выше уровень его лояльности.

Исследование удовлетворенности персонала является частью исследования удовлетворенности качеством процесса управления (медицинского менеджмента) в лечебном учреждении, а его результаты могут быть действенным инструментом совершенствования работы в учреждении в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая, что процедурный кабинет – территория высоких рисков для пациентов и медицинских работников, профессиональная деятельность медицинской сестры процедурного кабинета должна быть строго регламентирована и требует четких инструкций.

Стандарты различного уровня устанавливают критерии и индикаторы, обеспечивающие качество медицинской помощи, отвечая на вопрос – что нужно делать правильно.

В настоящее время обязательной частью системы менеджмента качества в любой медицинской организации являются стандартные операционные процедуры. Основная цель такой системы – сделать лечение пациентов эффективным и безопасным. Если у персонала нет четких инструкций, он чаще допускает профессиональные ошибки.

Внедрение СОПов обусловлено прежде всего, необходимостью рационального выбора и применения адекватных (современных, безопасных и экономически приемлемых) медицинских технологий в условиях ограниченных ресурсов. СОПы нужны и для проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи пациентам, планирования мероприятий по его совершенствованию, а также для защиты прав пациента и медицинских работников при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Благоприятный психологический климат каждым сотрудником переживается как состояние удовлетворенности отношениями с коллегами по работе, руководителями, своей работой, ее процессом и результатами. Это повышает настроение специалиста, его творческий потенциал, положительно влияет на желание работать в данной организации, применять свои творческие и физические силы на пользу окружающим людям.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глухов, А.А., Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс]: учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288 с
2. Двойников, С.И., Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с.
3. Мухина, С.А., Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С. А., Тарновская И. И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 368 с.
4. Широкова, Н.В., Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н. В. Широкова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с.
5. Григорьев, К.И., Особенности оказания сестринской помощи детям [Электронный ресурс] : учеб. пособие / К.И. Григорьев, Р.Р. Кильдиярова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с.
6. Широкова, Н.В., Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н. В. Широкова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 160 с.
7. Корягина, Н.Ю., Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н. Ю. Корягина и др.; под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с.
8. Кузнецова, Н.В., Теория сестринского дела и медицина катастроф [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н.В. Кузнецова, Т.Н. Орлова, А.А. Скребушевская - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 352 с.
9. Мухина, С.А., Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] / Мухина С. А., Тарновская И. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 368 с.

10. Качаровская, Е.В., Сестринское дело в педиатрии [Электронный ресурс] : практическое руководство для медицинских училищ и колледжей / Качаровская, Е. В., Лютикова О. К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 128 с.
11. Мухина, С.А., Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" [Электронный ресурс] / Мухина С.А., Тарновская И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 512 с.
12. Стецюк, В.Г., Сестринское дело в хирургии [Электронный ресурс] / Стецюк В.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.
13. Двойников, С.И., Организация сестринской деятельности [Электронный ресурс] / под ред. С.И. Двойникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с.
14. Сопина, З.Е., Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. З.Е. Сопиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для процедурных медицинских сестер

1. Ваш возраст _____
2. Ваш пол
 - Мужской
 - Женский
3. Ваш стаж работы в данном ЛПУ _____
4. Наличие квалификационной категории _____
5. Удовлетворены ли вы микроклиматом в лечебном учреждении
 - Да _____
 - Нет _____
6. Удовлетворены ли Вы обеспечением одноразовым инструментарием
 - Да _____
 - Нет _____
7. Удовлетворены ли Вы обеспечением одноразовыми расходными материалами
 - Да _____
 - Нет _____
8. Удовлетворены ли Вы обеспечением средствами индивидуальной защиты
 - Да _____
 - Нет _____
9. Удовлетворены ли Вы обеспечением дезинфектантами нового поколения
 - Да _____
 - Нет _____
10. Что по Вашему мнению СОП:
 - Дает детальные, ясные и краткие инструкции по выполнению процедур
 - Контролирует этапы выполнения манипуляций
 - Контролирует знания
 - Контролирует навыки
 - Контролирует результат
 - Учитывает специфику ЛПУ

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА (СОП)

«Гигиеническая обработка рук»

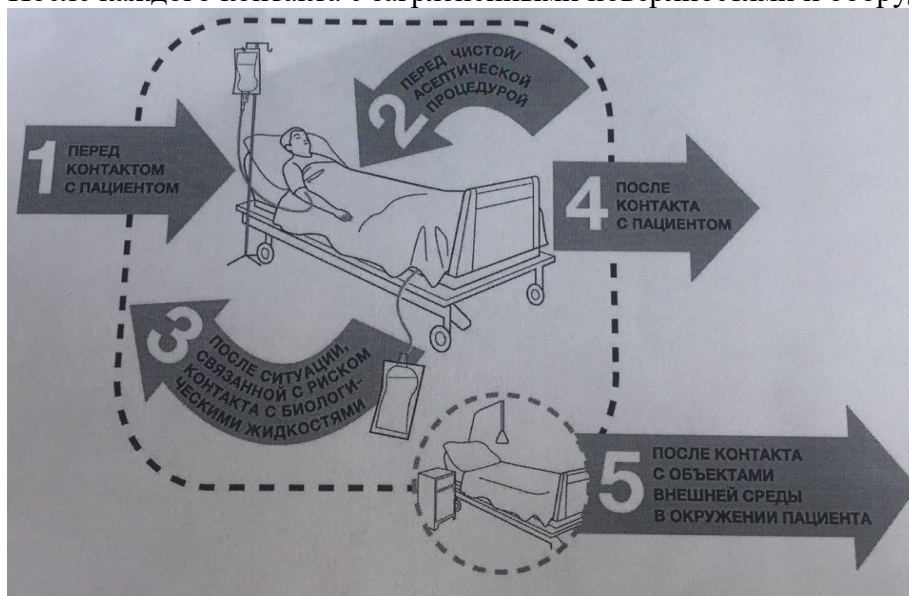
Цель: удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня

Область применения:

Где: во всех структурных подразделениях ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»,

Когда:

1. Перед непосредственным контактом с пациентом.
2. После контакта с неповрежденной кожей пациента.
3. Перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом.
4. После контакта с биологическими средами организма, слизистыми оболочками, повязками.
5. После контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.
6. После лечения пациента с гнойными воспалительными процессами.
7. После каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.



Ответственность: Медицинский персонал ОГБУЗ ДОКБ.

Оснащение:

1. Раковина, оснащенная краном с локтевым (бесконтактным) вентилем.
2. Дозатор с жидким мылом (локтевой или другой бесконтактный).
3. Бумажные полотенца на держателе (или индивидуальное матерчатое полотенце).
4. Педальное ведро с пакетом для отходов класс А.

Алгоритм действий

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
Проверить условия необходимые для эффективного мытья рук.	Эффективность проведения манипуляций.

Приготовить все необходимое.	
Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой.	Профилактика контаминации рук и одежды.
Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35-40°C).	Оптимальная температура для деконтаминации рук и профилактика дерматитов.
2. Выполнение процедуры (рис. 2)	
Смочить кисти рук водой.	Эффективность проведения манипуляции.
Нанесите мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого).	Профилактика контаминации рук.
Потереть ладонью о ладонь	Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук.
Правой ладонью потереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.	
Обработать межпальцевые промежутки: потереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.	
Соединить пальцы в замок, потереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.	
Потереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.	
Потереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.	
Смыть мыло проточной водой. Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции к примечанию.	Эффективность проведения манипуляции.
3. Окончание процедуры	
Выключить воду локтевым краном.	
Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым).	Эффективность проведения манипуляции, профилактика контактных дерматитов.
Сбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его.	Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса А. Профилактика реконтаминации рук.
Примечание: если раковина не имеет бесконтактный кран, сначала вытереть руки, затем закрыть вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук бумажным полотенцем.	



Рис.2. Гигиеническое мытьё рук с мылом.
Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком.

1. Алгоритм действий

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
Проверить условия необходимые для эффективной обработки рук кожным антисептиком.	Эффективность проведения манипуляции.
Приготовить всё необходимое.	
2. Выполнение процедуры (рис. 3)	
Нанесите на сложенную горсткой ладонь кожный антисептик в количестве, рекомендованном инструкцией к применению.	Эффективность проведения манипуляции.
Потереть ладонью о ладонь.	Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук.
Правой ладонью потереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот.	
Обработать межпальцевые промежутки: потереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами.	
Соединить пальцы в «замок», потереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки.	
Потереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук.	
Потереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки.	Эффективность проведения манипуляции.
Примечание: продолжительность обработки определяется инструкцией по применению кожного антисептика; важно поддерживать руки во влажном состоянии в течении рекомендуемого времени обработки до полного высыхания.	

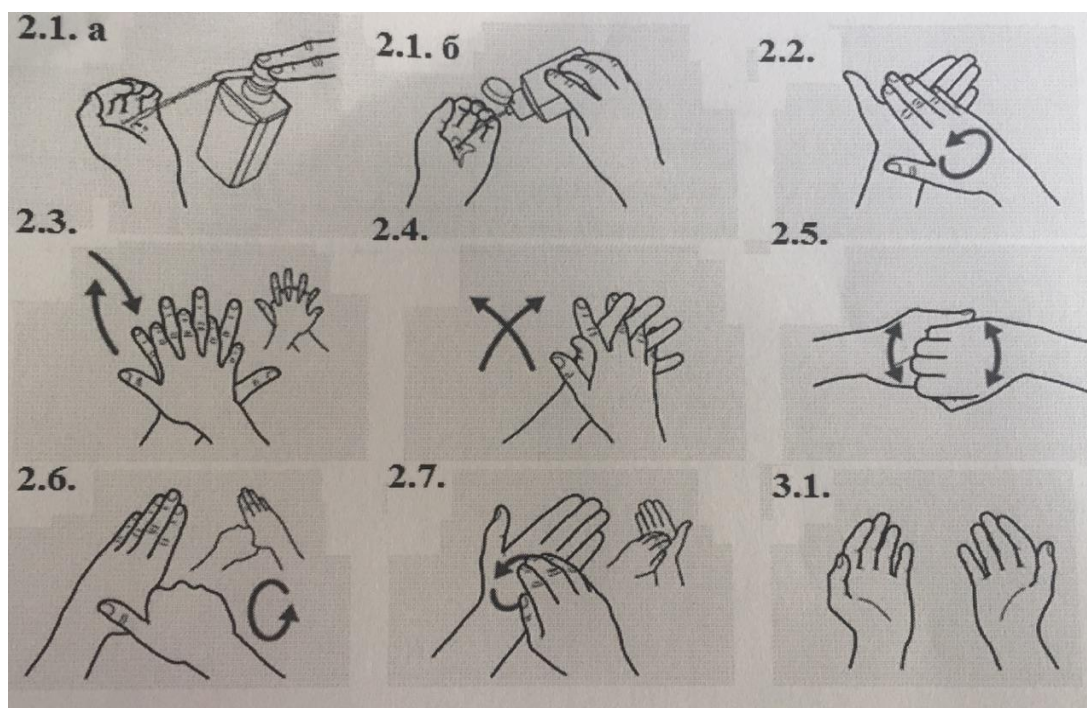


Рис.3. Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком.

Нормативно-справочная документация:

- Федеральный закон №52 от 30 марта 1999г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
- Федеральный закон №323 от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» от 18 мая 2010 года (с изменениями на 10 июня 2016 года).
- Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.7.2790-10 от 09.12.2010 года.
- Федеральные рекомендации «Гигиена рук медицинского персонала», утвержденные национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ», 2014г.).
- Комплект материалов ВОЗ по гигиене рук персонала.